ESCUELA NACIONAL

DE

Medicina de México.

LIGERO ESTUDIO

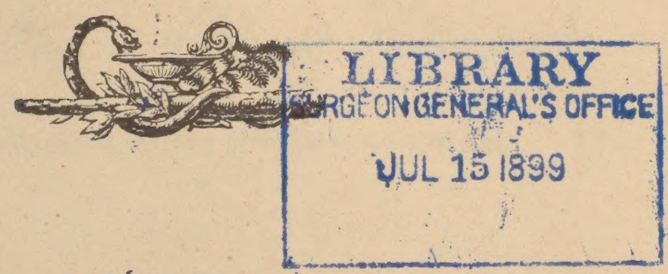
SOBRE

LA HIPERTROFIA DE LA PROSTATA.

Prueba escrita que, para el examen general de Medicina, Cirujía y Obstetricia, presenta al Jurado Calificador

RICARDO VALLE,

ALUMNO DE LAS ESCUELAS PREPARATORIA
Y NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, Y EX-PRACTICANTE DEL HOSPITAL
DE SAN ANDRÉS.



MÉXICO.

IMPRENTA DE «EL SIGLO DIEZ Y NUEVE.»
Calle de Victoria núm. 15.
1895.

A MIS ADORADOS PADRES,

Débil prueba de amor filial á los seres más queridos de mi vida.

A mis Hermanos.

A MI QUERIDO TIO

El Sr. Lic. Miguel Cortazar,

Justo tributo de mi respeto, cariño y profundo agradecimiento.

A MI TIO

El Sr. Lic. Francisco Cortazar.

A la inolvidable memoria de mi hermano de corazón,

Señor Jesús Zedillo.

Al Señor Dr. Regino González.

A MIS MAESTROS.

Casi todos los autores atribuyen las perturbaciones urinarias, que es tan común encontrar en los viejos, á la afección que se designa con el nombre de hipertrofia de la próstata.

Etimológicamente, esta denominación significa aumento de volumen de la próstata, por cuyo motivo es impropia cuando se aplica indistintamente, pues si es cierto que entre las alteraciones anatómicas del sindroma clínico que constituye el prostatimo, es común encontrar esta modificación de la glándula prostática, capaz por sí sola cuando es muy considerable de serias perturbaciones en el funcionamiento regular del aparato urinario; sin embargo, este hecho no es constante ni tampoco necesario. Guyon, que se ha dedicado especialmente al estudio de este padecimiento interesante, deduce de sus investigaciones que el sindroma clínico, llamado prostatismo, resulta de una enfermedad general que ataca al aparato urinario, en su conjunto de esclerosis. Por lo tanto, los accidentes terribles de la retención de orina que se presentan en los viejos, no son debidos forzosamente á las deformaciones del cuello de la vejiga producidas por el crecimiento de la glándula prostática, sino á las alteraciones del aparato urinario, y la prueba es bien clara, puesto que, en muchas ocasiones, esta glándula tiene sus dimensiones normales ó está atrofiada.

Las alteraciones esclerósicas de la vejiga, cuando la lesión se localiza en este órgano, bastan para explicar los síntomas observados; pero si á ellas se añade la hipertrofia, es decir. el aumento de volumen de la próstata, que obtura más ó menos el cuello de la vejiga, es indudable que

las perturbaciones de la micción serán más precoces, exactamente lo mismo que acontece cuando á una lesión del miocardio se añaden las lesiones de los orificios del corazon, que, por el obstáculo que oponen á la circulación sanguínea, precipitan los accidentes de la asistolia.

La concepción de estos hechos es de gran importancia, puesto que de este conocimiento se deducen las reglas generales de terapéutica.

Desde que Guyon emitió al mundo de la ciencia sus ideas acerca de este punto de patología, todos los sabios están de acuerdo para considerar la exactitud de su concepto. Así pues, la denominación que mejor convendría á esta afección sería la de esclerosis vésico-prostática, ó más bien de esclerosis del aparato urinario, igualmente propuesta por este autor.

No han reinado entre los sabios que en el transcurso de los años se han venido ocupando del estudio de este padecimiento las mismas ideas, y las denominaciones que se le han aplicado se refieren todas á lesión de la próstata: así, Civial lo designa con el término poco preciso de infarto de la próstata; Picard, aumento de volumen de la próstata. Dodeuil propuso el nombre de degeneración senil. Antes de estos autores, se le llamaba esquirra de la próstata; pero desde Baillie, cirujano del siglo pasado, el uso le ha consagrado el nombre de hipertrofia de la próstata, bajo cuya denominación se encuentra en todos los autores de patología.

Los antiguos sabios tenían ideas muy vagas sobre la naturaleza de esta afección. Bartholin y Valsalva fueron los primeros que se ocuparon de su estudio y lo consideraban de naturaleza esquirrótica. Morgagni describió mejor la lesión y llegó á reconocer que no era un esquirra; pero, no obstante esto, se siguió considerando así por todos los sabios. Chopart y Desault admiten que es un esquirra, pero comprueban además que su marcha es distinta de la que siguen los tumores de esta naturaleza en las otras regiones del cuerpo. Aunque Baillie emplea esta palabra, reconoció que es de naturaleza hipertrofica, y poco tiempo después Sœmmering declara que la lesión de la próstata no era debida á una producción diatésica. Para todos estos autores los accidentes vesicales que se obser-

van en esta afección son debidos á la inercia ó á la parálisis de la vejiga concomitante.

Velpeau, inspirado en la teoría de Meckel, que considera á la próstata semejante al útero, afirma que el aumento de volumen de la glándula, resulta del desarrollo de tumores fibrosos análogos á los que se forman en el útero cuando este órgano cesa de funcionar. La causa del desarrollo de estos tumores sería debida á la extravasación de sangre ó de linfa en el seno de la glándula prostática: desecha por completo las ideas admitidas hasta entonces de parálisis é inercia de la vejiga, pues ésta es, según él, más fuerte y más muscular y demuestra que las perturbaciones urinarias resultan del obstáculo material que existe en el cuello de la vejiga. Mercier combate esta teoría, y para él la hipertrofia resulta de la producción de masas aisladas y enucleables en el seno de la glándula á causa de la estasis sanguínea. Bajo la influencia de las perturbaciones circulatorias, dice él, hay modificaciones del tejido que se hace más denso, fibroso, y se forman lóbulos. Como este autor refiere las perturbaciones urinarias á la tumefacción de la próstata, participa en este punto de la opinión de Velpeau.

Civial posee ideas distintas de las de sus antepasados, pues hace desempeñar á la vejiga el principal papel en la producción de los fenómenos urinarios. Según él, en estos enfermos la vejiga es átona, y esta atonía es la causa del estancamiento de la orina.

Thompson no está de acuerdo, pues no admite la inercia de la vejiga mas que en las lesiones del sistema nervioso; y fuera de este caso, la retención de orina es debida únicamente á la existencia de un obstáculo á la micción. Respecto á la lesión prostática, es del mismo parecer de Velpeau. Para Le Dentu, la tumefacción de la próstata resulta de la reunión de tumores benignos. Considera la hipertrofia vesical como providencial, porque trae la compensación; pero después de algún tiempo aparece la esclerosis.

Hemos mencionado ya la opinión de Guyon, acerca de la naturaleza de este padecimiento. Las alteraciones anatómicas vienen en apoyo de la teoría de este autor. Hay por otra parte, un hecho que facilita la inteligencia de la

evolución de esta enfermedad, y es la desigual repartición de las lesiones esclerósicas en el aparato urinario. Con efecto, esta lesión se extiende de la próstata hasta los riñones; pero algunas veces se localiza en alguno de estos órganos aisladamente; lo más común es que se encuentre al mismo tiempo en la vejiga y la próstata, ó en la vejiga y los riñones.

ETIOLOGIA.

La edad es la única causa de la hipertrofia de la próstata, según la opinión de la mayor parte de los autores. Brodie se expresa en los siguientes términos: "Cuando en un individuo se ponen los cabellos grices y caen, que las túnicas arteriales son invadidas de depósitos calcáreos y se forma una zona blanca al derredor de la cornea, se puede asegurar que la próstata aumenta de volumen." Generalmente, comienza á aparecer de 50 á 65 años; es raro que principie después de los 75 años y excepcional á una edad más avanzada. Aunque este padecimiento se observa únicamente en los viejos, hay sin embargo, excepciones á esta regla general, según resulta del examen de las estadísticas. Thompson, sobre 167 individuos entre 60 y 94 años, no encontró mas que á 67 con la próstata modificada, y de éstos, en 11 existía la atrofia y en 56 la hipertrofia, es decir, que la hipertrofia prostática se presenta en los viejos en la proporción del 34 p%. La modificación de este órgano en estos casos no desarrollaron signos clínicos precisos, mas que en la proporción pequeña de 15 á 16 p%. Así pues, según se ve en esta estadística, la afección de que nos ocupamos no es muy común.

Aparte de la edad, se han atribuido á este padecimiento otras muchas causas, como los excesos venereos, la masturbación y en general las congestiones repetidas y largo tiempo prolongadas de los órganos pélvicos. Según opinión de algunos autores, ciertas profesiones ejercían una influencia notable sobre su desarrollo; por ejemplo, las ocupaciones de gabinete, porque obligan á las personas que se dedican á esta profesión á permanecer sentadas por mucho tiempo. Se dice que la sífilis puede también producirla. Aunque se ha señalado en esta etiología la blenorragia,

no es problable que sea la causa de este padecimiento, pues es común observar que esta afección uretral se complique del proceso flemásico de la próstata, y los caracteres de esta lesión son distintos de los que se observan en la hipertrofia.

Se han inculpado las diátesis escrofulosa y artrítica; pero de estas causas, la primera es bien sabido que hace sobre todo sus manifestaciones en la juventud, y la segunda en la edad adulta.

Se ha asentado la última de éstas causas, por el hecho de que en algunas ocasiones la desaparición de una psoriasis ha coincidido con la aparición de la hipertrofia de la próstata.

Debe desecharse la tuberculosis del número de las causas, pues la anatomía patológica y la marcha de la afección prostática de este género, son distintas de las que presenta la afección senil de este órgano.

ANATOMIA PATOLOGICA.

Lo que llama desde luego la atención al hacer la autopsía de estos enfermos, es el aumento de volumen de la glándula prostática, lo que ha valido para aplicarle el nombre que lleva esta afección. Resulta de la degeneración senil, como se comprueba por el examen comparativo de este órgano en las diferentes edades de la vida. En el niño es tan pequeña, que apenas hace un ligero relieve en la cara posterior de la uretra profunda; pero á medida que el hombre se desarrolla, esta glándula adquiere dimensiones mayores. En el adulto alcanza el máximum de su crecimiento, compatible con las funciones normales del aparato urinario. Entonces tiene la forma y las dimensiones de una castaña, según la comparación hecha por la mayor parte de los anatómicos, y su peso es de 20 gramos, según Tillaux; pero una vez llegado á la vejez pasa estas dimensiones, de donde resulta la modificación de los órganos vecinos; su peso aumenta también y puede asegurarse que siempre que este sea mayor de 30 gramos, hay hipertrofia. Algunas veces su crecimiento es tan insignificante que apenas pasa de los límites de la próstata normal, otras veces tiene dimensiones enormes. Se han visto del tamaño

de un huevo de gallina y aún más grandes. Gross, de Filadelfia, encontró una próstata enorme del peso de 288 gramos. Entre estos dos extremos se encuentran todos los grados intermedios. La hipertrofia puede ser parcial ó total. Según Guyon, esta clasificación no es muy precisa en este sentido, que jamás se encuentra el crecimiento aislado de una sola parte de la glándula, de modo que, por el término hipertrofia parcial se debe comprender el crecimiento desigual de la glándula, es decir, que uno de sus lóbulos, por ejemplo, se desarrolla más, pero hay siempre hipertrofia de todas las partes constitutivas del órgano. Este mismo autor sobre 25 piezas anatómicas encontró 9 veces la hipertrofia total, en 6 casos estaban desarrollados los dos lóbulos laterales, 5 veces existía el lóbulo medio, 3 veces estaba hipertrofiado el izquierdo y 2 veces el derecho. En la hipertrofia total, la próstata conserva generalmente su forma normal; pero los surcos están un poco borrados.

Según el sentido en que se desarrolla la próstata se describen dos formas: una excéntrica, en cuyo caso, el tumor rechaza la pared anterior del intestino y dibuja una saliente más ó menos grande en su interior, y otra uretro-vesical que imprime modificaciones á la uretra y al cuello de la vejiga. Generalmente crece hacia atrás y arriba, y en este caso forma una saliente en el cuerpo de la vejiga más ó menos grande y levanta el cuello de ésta, de modo que este orificio no se encuentra ya en la parte más declive del órgano. Por el hecho de la hipertrofia de la próstata aumenta la longitud del canal uretral. Con el desarrollo del lóbulo medio, llamado también de Everard Home, la saliente que hace en la vejiga presenta una infinidad de formas que se pueden reunir en tres grupos, designados según el aspecto que toman con los nombres de saliente en forma de rabadilla, en abanico y en barra. La primera está constituida por una masa más ó menos grande y que hace una saliente apreciable; la variedad en abanico forma un tumor de pedículo ancho, un poco aplastado, más ó menos simétrico, que se extiende por detrás del cuello y recorrido por surcos, cuyo origen está en la uretra. La más característica es la disposición en barra que, según Jullien, está constituida por una masa que á la manera de una barrera transversal se desprende casi en ángulo recto de la pared posterior

de la uretra. Por detrás de esta saliente se encuentra el bajo fondo de la vejiga, formando una depresión en fondo de saco profunda.

Las modificaciones del cuello son más notables, puesto que allí es en donde se forma el obstáculo mecánico á la micción. La disposición redonda y regular que se ve normalmente, es reemplazada por una hendidura curvilínea, dentada é irregularmente transversal, cuando la parte media está solamente interesada, ó bien toma la forma de media luna inclinada á la derecha ó á la izquierda, cuando uno de los lóbulos laterales está más crecido que el otro.

Mercier y Thompson han encontrado otra forma, en la cual el cuello queda entreabierto, debida al desarrollo de los tres lóbulos de la próstata que hacen saliente en la ureta. En este caso los dos laterales crecen primero y después el mediano; este último, al crecer, se encaja entre los otros dos como una cuña.

En la uretra hay deformaciones igualmente interesantes que consisten en el aumento de la longitud del canal, y en cambios de su forma y de su dirección. Toda la uretra se alarga, pero en donde es más notable este alargamiento es en la región prostática que algunas veces llega á medir 8 centímetros, es decir, más del doble de su dimensión normal, puesto que, según Tillaux, tiene 3 centímetros, por término medio.

Este aumento de longitud se comprueba en el vivo cuando se practica el cateterismo. En lugar de describir una curva de pendiente suave dirigida de arriba á abajo y de atrás á delante, esta se exajera tanto, que algunas veces forma con el resto del canal uretral un ángulo casi recto abierto hacia delante. Con la hipertrofia de los dos lóbulos laterales se produce un aplastamiento en el diámetro transverso del canal; si las hipertrofias laterales no se hacen al mismo nivel, la uretra toma la forma de una *S*, y si uno solo de estos lóbulos está hipertrofiado, describe una curva de convexidad lateral vuelta del lado donde no está desarrollada la próstata; la presencia del lóbolo medio comunica á la uretra una deformación singular, que explica las dificultades con que se tropieza al practicar el cateterismo. Este lóbulo hace una saliente mediana, que es algunas veces la continuación del veru-montanum, y á los lados de esta se

encuentran dos depresiones que comunican con el resto del canal hacia delante, de modo que la uretra toma la forma de una *Y*, y de las ramas divergentes de la *Y* parten subdivisiones que bajo la forma de surcos, en el número de tres, cuatro ó más, se dirijen á la vejiga. En este caso el aplastamiento de la uretra no es transversal sino antero-posterior, y como el levantamiento de la pared posterior de la uretra es irregular, resulta una hendedura transversal y sinuosa. A estas deformaciones del aparato urinario, que resultan de la hipertrofia de la próstata, se añaden otras muy interesantes, que existen siempre, aunque falten las lesiones características de la glándula prostática. Guyon hace notar desde luego el aumento de la capacidad de la vejiga; las paredes de este órgano están hipertrofiadas, pero esta hipertrofia no es uniforme. Existen engrosamientos que limitan areolas ó espacios más ó menos grandes, cuyos fondos están formados por paredes adelgazadas, que resultan de la reunión de las capas mucosa y cerosa. Estas alteraciones anatómicas se encuentran principalmente en el bajo fondo de la vejiga, que es el lugar por donde comienzan las lesiones, é indican la falta de energía de este órgano. La orina no es entonces expulsada por completo y se estanca allí. Hay descamación epitelial de la mucosa y ulceraciones más ó menos grandes como resultado de las complicaciones flemásicas de la vejiga. En general, presenta una coloración gris uniforme ó más marcada por lugares, principalmente en el bajo fondo y cerca del cuello.

Un moco espeso, tenaz, ó moco-pus concreto, forma falsas membranas que tapizan el interior de la vejiga, en totalidad ó en parte. Se encuentran también concresiones fosfáticas incrustadas en las paredes vesicales. Todas las capas de la pared se confunden, la capa muscular está esclerosa y pierde sus propiedades contractiles. Hay aflujo de sangre en los órganos de la pelvis, de modo que se encuentran éstos congestionados, lo que da cuenta de las hemorragias abundantes que aparecen algunas veces sin causa aparente, ó cuando se practica torpemente el cateterismo. Las arterias presentan las lesiones de la endoperiarteritis, las venas periprostáticas son voluminosas, de paredes delgadas y dilatadas, forman senos y contienen flebolitos. Los uréteros, lo mismo que las pelvesillas, están dilatados y tienen sus pa-

redes gruesas. En los riñones existen las lesiones de la nefritis intersticial. Como lesión característica de estos últimos órganos, Guyon señala la existencia de grasa que se prolonga hasta los vértices de las pirámides y se continúa fuera del hilo del riñón con una masa de tejido celulo-adiposo muy gruesa.

Haciendo un corte de la glándula prostática hipertrofiada se nota que su tejido es firme y más resistente que al estado normal, en la superficie de sección de color gris hacen hernia pequeñas masas de tejido fibroso denso, fáciles de enuclear. Todos los elementos de la glándula están hipertrofiados, las masas fibrosas resultan de la hipertrofia de los elementos fibro-musculares y puede considerarse, según Bouilly, como miomas ó fibro-miomas, y podría aplicarse al tumor prostático el nombre de adeno-mioma cuando se encuentra al mismo tiempo un desarrollo considerable del elemento glandular.

SINTOMAS.

Del estudio anatomo-patológico que hemos hecho, se deduce que las perturbaciones funcionales principales que acusan estos enfermos, son las de la micción. Con efecto, el más interesante y á veces el único síntoma que se presenta, es la retención de orina. Cuando la afección sigue una marcha regular, recorre tres períodos que están caracterizados, según Guyon, por los síntomas siguientes, que dan su nombre á cada uno de ellos, á saber: Primer periodo, ó de congestión; segundo periodo, de retención de orina; y tercer periodo, de distención de la vejiga.

Primer periodo.—El síntoma que más llama la atención de los enfermos en este periodo, es la frecuencia de las micciones. El enfermo experimenta las ganas de orinar y practica muchas veces este acto por la noche, principalmente durante la segunda mitad de ella, en el momento de despertar y en las primeras horas de la mañana.

Además de la frecuencia de las micciones hay también dificultad, de modo que este acto es penoso para el enfermo, puestiene que desplegar cierta fuerza, desde que principia á mear. La vejiga no obedece inmediatamente al influjo de la voluntad, como acontece al estado normal, y así

el enfermo, á pesar de sus grandes esfuerzos, tiene á menudo que esperar largo rato la salida del chorro de la orina.

Generalmente recurre á varios arbitrios con el objeto de apresurar este acto, se hace tracciones en el pene, vierte agua fría sobre él, cambia constantemente de postura, ya se acuesta enteramente sobre el abdomen, ya se pone en cuclillas, etc. Una vez que ha verificado el acto de la micción experimenta dulce bienestar, pues la necesidad es completamente satisfecha. Durante el día y después de un ejercicio moderado, la micción se hace normal; pero cuando el enfermo ha retenido por algún tiempo las ganas de orinar ó ha permanecido por mucho tiempo sentado ó acostado, vuelven á aparecer las perturbaciones de la micción.

El chorro de la orina suele presentar deformaciones, pero no tienen grande interés; en cambio, la diminución de la fuerza de proyección de este, es un hecho muy común. Es importante comprobar este dato, porque indica la pérdida de la energía contractil de la vejiga. Los enfermos declaran en este último caso que se mojan los piés en el momento de orinar.

Padecen de erecciones nocturas, y este es un fenómeno singular señalado por un autor, tanto más, cuanto que, los enfermos habían perdido ya la costumbre. Se produce cuando está llena la vejiga, no se acompaña de ninguna sensación erótica, pues por el contrario es dolorosa y jamás hay eyaculación. Si no hay complicaciones inflamatorias, á esto se reducen los síntomas de este período.

Por otra parte, el estado general del enfermo es satisfactorio, no hay reacción febril; su tubo digestivo funciona bien, aunque algunas veces existe constipación. La orina no presenta modificaciones.

Segundo periodo.—Durante muchos años la enfermedad no cambia de aspecto, hasta que derrepente aparece la retención de orina. Ésta puede ser completa ó incompleta, aguda ó crónica.

La retención completa aguda aparece bruscamente; es casi siempre motivada por alguna de estas causas: el enfriamiento, los excesos de mesa, las excitaciones venéreas, ó la retención voluntaria de orina. El estado que guarda entonces el enfermo es verdaderamente crítico, pues se halla en la imposibilidad absoluta de evacuar una sola gota

de orina. La escena es horrible: el enfermo agitado, con la mirada brillante, la frente cubierta de sudor, la lengua seca, se levanta, se acuesta, hace esfuerzos inauditos que provocan la expulsión de gaces ó de materias fecales por el ano, algunas veces se forma el prolapsus del recto, alguna hernia ó una hemorragia cerebral. Son inútiles estos esfuerzos, y poco tiempo después se repiten incesantes las ganas de orinar y aparecen dolores agudos que ocupan el hipogastrio, las ingles y los riñones. Antes de sumergirse el enfermo en la postración profunda como consecuencia del agotamiento nervioso que produce esta fuerte excitación, estalla el delirio, que puede ser debido también á la intoxicación urinosa. Este choque tiene para el estado general consecuencias muy graves y repercute por mucho tiempo sobre la economía.

Es indudable que este acceso difícilmente se terminaría por la micción expontánea, y por lo mismo se impone la necesidad de practicar inmediatamente la evacuación de la vejiga por medio del cateterismo. Cuando este estado se prolonga por mucho tiempo y que la vía de excreción está obstruida completamente, puede sobrevenir la ruptura de la vejiga, sobre todo cuando al mismo tiempo existe una cistitis crónica, lo que no es raro en los prostáticos. Generalmente la uretra es permeable, lo mismo que el cuello de la vejiga, de modo que es más común observar la micción por regurgitación, cuya terminación puede considerarse como favorable, pues de este modo salvan los enfermos de una muerte segura. La distención de la vejiga, por el hecho de la acumulación de orina, se dibuja en la pared anterior del abdomen bajo la forma de un tumor que se extiende arriba del pubis y puede llegar hasta el apéndice xifoide, piriforme, sin cambio de coloración de los tegumentos, mate y fluctuante.

Generalmente antes de que aparezcan en los enfermos los síntomas de la retención aguda, éstos han sufrido de las perturbaciones de la retención incompleta. En este estado, las angustias y los esfuerzos del enfermo son idénticos á los del primer período, pero la vejiga no se vacía completamente; por otra parte, no hay distinción. Si se sondea al enfermo, se le extrae una cantidad de orina considerable algunas veces, y esto aunque este acabe de orinar.

Poco á poco los síntomas del principi o se van exaservando: las micciones son más frecuentes, y no solamente nocturnas, sino también diurnas. Como la evacuación incompleta de la vejiga perpetúa el estado congestivo vésicoprostático, resulta que el enfermo no experimenta alivio á ninguna hora del día. La cantidad de orina expulsada disminuye en cada micción, pues la vejiga expele á esta tan luego como la cantidad emitida es reemplazada por otra igual.

En este estado, las paredes vesicales son átonas y debe vigilarse atentamente al enfermo, pues fácilmente puede pasar al tercer periodo, caracterizado por la distinción de la vejiga. Desde entonces el estado general del enfermo comienza á alterarse y aparece la poliuria nocturna, á consecuencia de perturbaciones renales. Hay fiebre, algunas veces la enfermedad evoluciona de una manera latente, y siguiendo cuidadosamente la marcha de la temperatura se comprueba una reacción vesperal de 1 ó 2 grados. Otras veces no hay reacción.

Hay perturbaciones digestivas, que consisten en la pérdida del apetito, cierta dificultad de la deglución y digestiones irregulares. La constipación es de regla, y tiene una influencia tan directa sobre los órganos de la pelvis, que basta muchas ocasiones el empleo metódico de los purgantes para que inmediatamente desaparezcan los fenómenos agudos de la retención incompleta. Por otra parte, todos estos accidentes cesan tan luego como se somete á la vejiga á una evacuación regular.

Tercer periodo.—Este periodo se caracteriza clínicamente por la incontinencia de orina, resultado de la distención de la vejiga.

Las paredes de este órgano, profundamente alteradas, no pueden contraerse de un modo enérgico, y por lo mismo se hace la micción por regurgitación, es decir, que el exceso de orina que no cabe en la vejiga es lo que escurre constantemente al exterior.

Además de la regurgitación, la frecuencia de las micciónes voluntarias no disminuye; es, pues, muy difícil distinguir lo que corresponde á una ú otra de estas dos. En el primer periodo suele observarse una forma de incontinencia debida á la cistitis; pero esta falsa incontinencia se distin-

gue de la verdadera que se observa aquí, en que aquella resulta de una necesidad imperiosa y brusca de orinar, y la emisión involuntaria de algunas gotas de orina es percibida por el enfermo y se acompaña de dolor. Nada semejante se observa en la regurgitación por distención de la vejiga.

Suele acontecer que las lesiones del aparato urinario evolucionan sin que se manifiesten al exterior por ningún síntoma, y entonces el primer fenómeno que se observa en estos enfermos, es la incontinencia de orina.

La incontinencia es al principio intermitente y nocturna; pero después de algún tiempo se establece de un modo continuo, y es tanto diurna como nocturna. Es muy raro que el prostático llegue á este último periodo de su enfermedad sin presentar al mismo tiempo perturbaciones generales más ó menos graves. Hay pues, elevación de temperatura y perturbaciones digestivas. La fiebre reviste dos formas: la aguda y la crónica.

En el primer caso, aparecen calosfríos repetidos y una elevación termométrica considerable; en la segunda forma, que es la más común, el enfermo no siente calosfrío ni malestar, y solo se comprueba la elevación termométrica que puede llegar hasta 2 grados ó 2½ grados. Respecto á las perturbaciones digestivas, principian con los síntomas del embarazo gástrico y se terminan en un estado dispéptico habitual. La constipación es de regla, pero en una época avanzada hay alternativas de constipación y de diarrea. Si las lesiones renales evolucionan sin fiebre, se puede presumir el estado que guardan los riñones por el examen del aparato digestivo, pues las perturbaciones de este nunca faltan y persisten por mucho tiempo. En este periodo, en fin, las orinas tienen los siguientes carácteres: son abundantes, sobre todo en la noche; rara vez límpidas, presentan generalmente un enturbiamiento que se comunica á toda la masa de orina y que resulta de la mezcla íntima de pus. Estos caracteres de la orina constituyen la poliuria turbia de Guyon. Es á menudo expontánea y se presenta inevitablemente, dice este autor, cuando el cateterismo, aun el más correcto, se ha practicado por primera vez en pleno periodo de distención vesical.

DIAGNOSTICO.

Para hacer el diagnóstico es necesario practicar la exploración del aparato urinario por el tacto rectal y el cateterismo. La edad del enfermo y los caracteres de las perturbaciones de la micción que presenta este, son datos muy útiles y de gran valor; pero por si solos sirven únicamente para establecer un diagnóstico de presunción.

Por el tacto rectal se reconoce el estado que guarda la vejiga y los caracteres que presenta la glándula prostática, cuyo aumento de volumen se encuentra muy fácilmente en las hipertrofias excéntrica y total. Como lo hemos dicho ya, las perturbaciones urinarias que padecen los viejos dependen de la esclerosis del aparato urinario, y cuando estas lesiones anatómicas se encuentran en la vejiga, principian sobre todo por el bajo-fondo. De este hecho resulta que en el caso de retención, la orina se acumula por detrás de la vejiga, de modo que solamente cuando esta retención es muy considerable, se hace aparente por la pared anterior del abdomen. Haciendo el tacto rectal se aprecia el grado de la retención, por la tensión de la pared posterior de la vejiga y se percibe la fluctuación, sobre todo cuando se combina este con la palpación abdominal.

Si la próstata desarrollada hacia atrás es muy voluminosa, hace en el interior del recto una saliente considerable que se encuentra tan luego como se introduce el dedo para practicar el tacto. Los caracteres de esta eminencia dependen de la variedad de la hipertrofia, y fácilmente se reconoce si un solo lóbulo está crecido ó si son los dos, la consistencia de la glándula, que es casi siempre un poco mayor que al estado normal y el estado de su superficie exterior. La existencia de nucleos duros es propia de la tuberculosis y la consistencia petrea de la degeneración cancerosa de la próstata. No hay dolor; lo que distingue este padecimiento de la prostatitis, ni tampoco elevación de temperatura. Se llega á abarcar entre las dos manos el volumen de la glándula por medio de la palpación abdominal y el tacto rectal combinados; pero para que sea fructuosa esta exploración es necesario que la pared anterior del vientre no sea muy gruesa. El tacto rectal es una ope-

ración muy cencilla y se practica generalmente acostando al enfermo en el decúbito dorsal con los miembros inferiores en la flexión y ligeramente separados. Algunos autores recomiendan la posición genu-pectoral. La única precaución que se debe tomar para practicarlo, es untar con una grasa antiséptica el dedo explorador y los contornos del ano. Separando los pelos del ano é introduciendo lentamente el dedo en la dirección que sigue el recto, en su porción terminal, no se despierta en el enfermo ningún dolor ni molestia considerable; pero cuando existe al mismo tiempo una afección del ano dolorosa, la exploración es muy difícil, y, otro tanto sucede cuando el perineo está muy cargado de grasa, pues no se alcanzan con el dedo las lesiones que se buscan por la profundidad á la cual se encuentran los órganos en este caso.

La variedad vésico-uretral de la hipertrofia de la próstata, se llega á reconocer únicamente por medio del cateterismo. Esta operación es muy delicada y exije por parte del operador los más minuciosos cuidados, una antisépsia extrema es de rigor, pues la penetración de gérmenes infecciosos en las vías urinarias de estos enfermos hace que aparezcan en ellos aplicaciones muy graves. Por esta razón algunos autores aconsejan que no se practique esta operación, sino cuando existe la retención de orina, en cuyo caso al mismo tiempo que se llena una indicación, vaciando la vejiga, se hace la exploración necesaria. Yo creo que esta recomendación es exajerada y se puede practicar siempre que se quiera el cateterismo sin ningún temor, siempre que se satisfagan debidamente los preceptos de la antisepsia. Se reconoce en este caso el volumen de la glándula por medio del tacto recto y el cateterismo con sonda rígida ó el explorador de tambor combinados.

El cateterismo explorador se hace con el explorador de oliva del núm. 15 ó 16, y con la sonda metálica.

La candelilla nos da los siguientes datos: Desde el meato uretral hasta el cuello del bulbo, es decir, toda la porción anterior de la uretra está libre, pues la candelilla la recorre sin ninguna dificultad; el cuello del bulbo es igualmente permeable, lo que indica que no hay estrechamientos, pues á este nivel se encuentran generalmente; pero una vez pasado este lugar, se comienzan á sentir ciertas dificul-

tades para la progresión de la oliva y cuyos caracteres se aprecian mejor al sacar el explorador, pues entonces los resaltos que ejecuta la oliva, cuando su talón tropieza con los accidentes del canal son muy claros. Por la profundidad á la que se tiene que ir para penetrar en la vejiga, se reconoce el aumento de la longitud de la uretra profunda. Algunas veces no se puede franquear el cuello de la vejiga por las deformaciones que tiene. El empleo de la sonda metálica es igualmente muy útil, pues sólo con ella se pueden conocer ciertas deformaciones del canal uretral, y algunas veces no se logra llegar á la vejiga mas que con un instrumento curvo que se adapte á la forma de éste (sonda de Mercier). Si el pabellón de la sonda se desvía hacia la derecha, esto indica que el lóbulo izquierdo está hipertrofiado; y si á la izquierda, el derecho. Cuando haya necesidad de inclinar fuertemente hacia abajo el pabellón para que el pico de la sonda penetre en la vejiga, se inferirá en la presencia del lóbulo medio. Una vez que se ha llegado hasta la vejiga, se pueden explorar el bajo fondo y las paredes vesicales. En el primer caso, se hace girar la sonda sobre su eje hasta que describa un medio círculo, y de este modo se puede, con el pico de la sonda, ó por mejor decir con la extremidad redondeada de ésta, comprobar los detalles de esta parte. Se exploran las paredes de la vejiga introduciendo la sonda hasta tocarlas é imprimiéndole movimientos laterales, de adelante á atrás ó de rotación sobre su eje más ó menos extensos. De este modo se pueden descubrir los detalles anatómicos de la vejiga de celdas ó de columnas, y la presencia de las concresiones; pero estasúltimas exploraciones pueden ser peligrosas por las hemorragias que provocan.

La dilatación de los ureteros se reconoce por medio de la palpación profunda del abdomen en las regiones iliacas. La palpación bimanual en la región de los flancos puede servir para reconocer los riñones. Por otra parte, el análisis de la orina y la exploración de los vasos periféricos pueden suministrar preciosos datos acerca del estado que guardan estos órganos.

COMPLICACIONES.

Las complicaciones que más frecuentemente se observan en estos enfermos, son: la hematuria, las cistitis, la prostatitis y la nefritis.

Las hematurias resultan generalmente del cateterismo y son debidas á la formación de falsas rutas ó á las erociones de la mucosa uretral. Toman en algunas ocasiones un carácter alarmante por su abundancia, lo que tiene su explicación anatómica, pues sabemos que en el prostático hay una congestión interosa de los órganos pélvicos.

Las falsas rutas se encuentran siempre en la pared posterior de la uretra profunda, que es el lugar en donde existe el obstáculo al paso de la sonda. En el momento de la producción de esta falsa ruta, el enfermo acusa un fuerte dolor y sale sangre por el meato; muy rara vez se acumula esta en la vejiga. Cuando la hemorragia es expontánea se reconoce generalmente que proviene de la uretra, porque sale solamente al principio de la micción.

La complicación más común es la cistitis crónica ó catarro de la vejiga, que resulta de la acumulación de orina.

La orina estancada se descompone tal vez á consecuencia de la penetración de gérmenes en su interior y trae la formación de productos que irritan las paredes de la vejiga. Cuando aparece después de un cateterismo, reviste la forma aguda.

Se reconoce esta complicación en los caracteres siguientes: Las ganas de orinar son más frecuentes y aparecen tanto en la noche como en el día, son acompañadas de pujo y de dolor, y algunas veces las últimas gotas de orina salen teñidas de sangre. El enfermo experimenta una sensación de peso y de dolor en el perineo y el hipogastrio que se aumenta por la presión en estos lugares. Algunas veces hay fiebre. La orina es muy alterada; en lugar de ser ácida, tiene una reacción alcalina y exhala un olor amoniacal penetrante; contiene pus ó moco-pus y una masa abundante de flemas.

La prostatitis reviste el carácter crónico, pero puede presentar una marcha aguda, lo que es excepcional, y viene entonces á consecuencia de un cateterismo séptico y torpemente practicado.

Aparece por lo regular como propagación de la cistitis del cuello de la vejiga, y sus caracteres son: dolor en la próstata, que se exacerva por el tacto rectal ó el paso de las materias fecales, ganas frecuentes de orinar y elevación de temperatura; las últimas gotas de orina en el momento de la micción salen acompañadas de una secreción mucosa é hilante. La presencia de pus en el parenquima de la próstata es muy difícil de reconocer, excepto en los casos en que la colección purulenta sea superficial y accesible al dedo explorador, en cuyo caso se percibe la fluctuación. Los autores señalan en estos casos, como signos clínicos, la intensidad de los dolores en la próstata y la elevación de temperatura.

La nefrites, más bien que complicación, se puede considerar como una de las terminaciones más terribles de esta afección. Hemos visto cuales son sus síntomas al hacer la descripción de este padecimiento.

PRONOSTICO.

El pronóstico es diferente, según el período de la afección y las complicaciones que se presenten; pero de un modo general es grave, por la dificultad de la curación y por la facilidad con la cual puede aparecer los accidentes mortales, debido á la alteración de los riñones.

Las dificultades del cateterismo exponen á las complicaciones tan serias de la septisemia y de la infiltración de orina, por la producción de falsas rutas.

En el primer periodo, siempre que el enfermo se sustraiga á todas las causas que favorecen la retención de orina, la sobrevida puede ser de muchos años.

La retención de orina que constituye el principal síntoma del segundo periodo, es muy grave; sin embargo, por medio de operaciones correctas, se puede obtener el alivio del enfermo, por un tiempo más ó menos largo, lo que equivale á la curación; pero una vez llegado al último periodo, cuando los riñones están profundamente alterados, la muerte es segura y en breve plazo. Hay que tener presente esto, pues muchas veces acontece que el cirujano practica una operación en estos enfermos, y dos ó tres días después sucumben ellos.

TRATAMIENTO.

El tratamiento de la hipertrofia de la próstata es muy difícil. Todos los medios que se han propuesto para obtener la curación radical, han fracasado, pues la perturbación de la micción depende no solo del crecimiento de la glándula, sino de las alteraciones de todo el aparato urinario. Por lo tanto, la terapéutica sintomática, tiene aquí una importancia considerable, y los medios que se siguen varían, según que el enfermo esté ó nó atacado de retención de orina. En este último caso, la higiene adquiere, sobre todo, una importancia muy grande.

Los medios terapéuticos aconsejados, son unos de orden médico, y otros quirúrjicos.

Cuando el enfermo acusa las perturbaciones que caracterizan al primer periodo, deberá evitar todas las causas que por vía directa ó indirectamente provocan la congestión de los órganos pélvicos. Estas causas son las siguientes: 1° La acción del frío. Este agente cósmico, obra principalmente sobre el sistema nervioso, cuya excitación produce el estrechamiento de los vasos sanguíneos periféricos, de donde resulta el aflujo de sangre en gran cantidad hacia los órganos centrales. La vejiga se congestiona entonces, pues tiene que funcionar más, puesto que aumenta la secreción de los riñones. El frío produce este efecto de dos modos, ó bien obrando sobre todo el cuerpo, por ejemplo, cuando después de una lluvia el enfermo conserva por algún tiempo la ropa húmeda, porque la evaporación del agua de los vestidos roba calor al cuerpo, ó cuando se expone directamente al frío, como sucede en el invierno, de donde resulta la acción maléfica de estas estaciones en el prostático. La acción local del frío, por ejemplo, el enfriamiento de los piés cuando son expuestos á la humedad del suelo, tiene una influencia tan fatal sobre la producción de los accidentes de la retención, que para algunos autores es la causa de la hipertrofia misma.

2° La retención prolongada de las ganas de orinar. La necesidad de evacuar la vejiga debe ser satisfecha tan luego como se hace sentir, pues la acumulación de orina en este órgano puede ser causa de los graves accidentes de la retención aguda. La experiencia ha demostrado que aún

al estado fisiológico se pueden presentar, bajo la influencia de esta causa.

3º Las excitaciones genésicas. Son igualmente fatales, porque se acompañan de la congestión intensa de los órganos de la pelvis. Por otra parte, hemos visto que la erección dolorosa del pene es un síntoma de acumulación de orina en la vejiga.

4º El abuso de las bebidas. La ingestión de líquido en abundancia, obliga al aparato renal y á la vejiga á un funcionamiento exajerado y por lo mismo á la congestión. Toda clase de líquidos produce estos efectos, y no solamente los alcohólicos, de modo que el agua puede bastar para hacer aparecer estos accidentes cuando es tomada en gran cantidad.

5º Los excesos de mesa. En este caso se reunen la mismo tiempo dos causas que obran en el mismo sentido para producir la congestión. Durante la comida, la retención de orina y la estación sentado por mucho tiempo, y después las perturbaciones digestivas á consecuencia del recargo del estómago.

6º La constipación; y º Los decúbitos, sentado ó acostado, prolongados, pues en estas posiciones hay aflujo considerable de sangre hacia los órganos de la pelvis. Deben proscribirse absolutamente á los prostáticos los grandes viajes en carruaje ó en ferrocarril por esta misma razón.

A estos preceptos higiénicos se deben agregar medios terapéuticos de orden médico, que se dirijen principalmente sobre el estado general del enfermo ó contra ciertas complicaciones.

El empleo de los compuestos iodurados se dirije sobre todo contra el estado ateromatoso de los vasos; es probable que con estas substancias se obtenga algún alivio de las alteraciones del aparato urinario, puesto que ellos son una manifestación local del estado general del enfermo.

Una complicación muy frecuente y que es muchas veces la causa de la retención de orina aguda, es la constipación. Hay pues, que buscar la causa de ésta, y si resulta de pertuabación digestivas, el empleo de los eupépticos, ó de los amargos, como el vino de quina, la genciana, la nuez vómica, etc., podrán llenar debidamente esta indicación. Por el momento es necesario recurrir á los purgantes, y

entre estos se da la preferencia á los oleosos. Los drásticos tienen el inconveniente de provocar una fuerte congestión. El uso de lavativas purgantes con aceite ó glicerina, son igualmente muy útiles en estos casos.

El síntoma de dolor se combatirá con los analgésicos. Como el empleo del opio ministrado al interior por la boca ó de su alcaloide, la morfina, producen constipación, es preferible hacer uso del extracto de belladona, la valeriana, los bromuros ó la antipirina, que calman también los dolores sin tener las desventajas de los compuestos opiáceos; pero en el caso de dolores intensos, se recurrirá á estos últimos.

Contra el catarro crónico de la vejiga, además de los lavados, se prescriben al interior los antisépticos como el salicilato de sosa; ó los balsámicos como la copaiba, la cubeba, el benzoato de sosa, etc., y las bebidas diuréticas: estigmas de maiz, uva ursi, etc. Si los dolores son vivos, se calmarán por medio de pequeñas lavativas laudanisadas.

En el caso de hemorragias, se hará uso de la ergotina en inyecciones hipodérmicas.

En los últimos periodos de la enfermedad, el abatimiento es profundo, y debe sacarse al enfermo de este estado por medio de los tónicos y los estimulantes. Con la digital ó la cafeina se regularizará la circulación general, cuando las fuerzas del corazón están debilitadas, lo que comunmente acontece como consecuencia del ateroma.

Contra la retención de orina pasajera, es decir de origen congestivo, la aplicación de revulsivos bajo la forma de baños de asiento calientes y de cataplasmas calientes aplicadas sobre el hipogastrio, dan buenos resultados; pero generalmente en estos casos es necesario recurrir á operaciones de orden quirúrgico, sobre todo cuando la retención toma un carácter sério.

Con efecto, la falta de vacuidad de la vejiga crea peligros inminentes para el enfermo, pues de un momento á otro pueden aparecer los terribles accidentes de la infección urinosa. Así pues, el cirujano que asiste á un prostático en estas circunstancias críticas, tiene la obligación de vaciar inmediatamente la vejiga de su contenido y mantener la vía de excresión expedita, para que se hagan fácilmente las evacuaciones subsecuentes. Los medios seguidos son diferentes y dependen de las condiciones especiales en que se encuentra el enfermo.

Por dos caminos se puede llegar hasta la vejiga para vaciarla, y son: 1º siguiendo las vías naturales, y 2º abriéndose una vía artificial. El primero de estos procedimientos comprende únicamente el cateterismo uretral. El segundo comprende un gran número de métodos según el camino que se siga.

Vamos á examinar, aunque sea ligeramente, cada uno de estos procedimientos. Regla general: el cateterismo evacuador en estos enfermos debe practicarse siempre que se pueda con una sonda de Nelaton de caucho rojo (Guyon). El empleo de esta sonda es racional. Con efecto, el canal uretral, según lo hemos visto ya, presenta grandes deformaciones; de modo que la sonda metálica ordinaria no puede adaptarse á la forma de este, y solamente obrando brutalmente, que se me dispense la palabra, se podría con ella llegar hasta la vejiga, después de haber maltratado la uretra, produciendo falsas rutas, que son las puertas abiertas para septisemia y la infiltración de orina, cuya gravedad es bien conocida. Por eso es desechada la práctica de aquel cirujano, que después de varias tentativas de cateterismo, perforó la base de la próstata, penetrando de este modo en la vejiga. La sonda de Nelaton posee el grado de flaxidez necesario para seguir sin dificultad las sinuosidades del canal uretral, y cuando tropieza contra algún obstáculo, lo salva; y si este es infranqueable, se dobla en el interior del canal sin producir en él ningún desastre. Guyon hace uso de las sondas de Nelaton de los números 14, 15 ó 16; pero cuando no se pueda pasar esta, lo que comunmente acontece cuando existe el lóbulo de Everad Home, ó que no se tiene esta á la mano, puede usarse una rígida; siendo necesario recurrir á la curva acodada, la biacodada ó la enmuleta. De lo anteriormente dicho, se deduce que el cateterismo en el prostático está sembrado de grandes escollos y que es en algunas ocasiones impracticable. Con paciencia y suavidad se logra generalmente pasar la sonda; pero hay que recordar que la uretra de estos enfermos no es muy tolerante, pues los traumatismos producidos con estas maniobras, por largo tiempo sostenidas ó muy repetidas, han sido en muchas ocasiones la causa de graves complicaciones. Por lo tanto, no debe insistirse por mucho tiempo y obstinarse en hacer pasar la sonda en la uretra

del prostático, cuando se tropiece con verdaderas dificultades.

Sabemos que las deformaciones del canal existen únicamente en la porción prostática y sobre la cara posterior, de modo que el cirujano procurará seguir con la sonda la pared anterior de la uretra, una vez que haya franqueado el cuello del bulbo. A las dificultades del cateterismo por la presencia del lóbulo medio de la próstata, se deben añadir algunas veces las que resultan de la existencia de falsas rutas, y para estos últimos casos especiales se han acordado diversos procedimientos; pero de todos ellos, la práctica general de seguir siempre la pared anterior del canal parece ser la mejor. Tillaux aconseja practicar el cateterismo en los prostáticos con la sonda inglesa con mandrín. Así armada la sonda, tiene la rigidez deseable, se puede darle una forma que se adapte bien á la del canal uretral, y puede dejarse á permanencia cuando se crea conveniente.

Si se ha logrado pasar la sonda, se procede á la evacuacion de la vejiga y al lavado de ésta con una solución antiséptica.

La evacuación de la vejiga no debe ser al principio completa, porque á causa de la tensión en que se encontraban las paredes vesicales por el hecho de la retensión, se favorecería la producción de una hemorragia ex-vacuo. Como es necesario extraer toda la orina de la vejiga, porque en estos casos está casi siempre alterada, se satisfarán estas dos condiciones al mismo tiempo por el lavado de la vejiga, y de este modo se substituye la orina por un líquido antiséptico.

Es muy común observar después del cateterismo evacuador, que la micción se efectúa fácilmente, lo que depende de la descongestión de los órganos pélvicos.

Con el objeto de mantener expedita la vía para que se hagan fácilmente las evacuaciones siguientes, se han recomendado repetir el cateterismo varias veces en el día ó dejar la sonda á permanencia. Cada una de estas operaciones tiene indicaciones distintas.

Siempre que se pueda practicar el cateterismo facilmente, es indudable que se dará la preferencia á la primera, y en este caso aprovechando de la propiedad de la sonda blanda, de ser inofensiva, se puede confiar esta operación al

mismo enfermo ó á otra persona, quienes podrán practicar el cateterismo cada vez que el enfermo experimente las ganas de orinar, ó bien se regularizarian las micciones pasando la sonda tres ó cuatro veces en el día. Despues de cada micción se hace el lavado de la vejiga si hay cistitis concomitante. Pero si al pasar por la primera vez la sonda, se ha tropezado con grandes dificultades, es muy probable que en las siguientes sesiones acontezca lo mismo, y en este caso es preferible dejar la sonda fija.

Se deja la sonda fija en la uretra, por alguno de los procedimientos descritos en los manuales de cirujía; lo que interesa sobre todo, es la elección de una buena sonda, es decir, que tenga cierto grado de rigidez. Las sondas de Nelaton son demasiado blandas y no llenan debidamente este objeto, pues frecuentemente acontece que bajo la influencia de las contracciones vesicales se doblan en el canal uretral ó son completamente expulsadas al exterior. Las sondas inglesas de seda son mejores, pero después de algunos días se reblandecen.

Cuando por alguna de las razones antes expuestas no se ha podido pasar la sonda por la uretra, es preciso abrir una vía artificial á la orina, para conjurar los inminentes peligros de la retención.

La punción hipogástrica hecha con el trócar más fino del aspirador de Potain, es la operación á la que se recurre generalmente.

Los antiguos practicaban la punción de la vejiga por el recto, porque temían, siguiendo la vía hipogástrica, herir al peritoneo; pero ya hoy no existen semejantes temores, pues se ha establecido de una manera evidente que á medida que se distiende la vejiga, el fondo de saco peritoneal sube y deja á descubierto una gran parte de la cara anterior de la vejiga, en relación inmediata con la pared abdominal. Así pues, de estos datos anatómicos resulta que la punción hipogástrica es una operación sin ninguna gravedad. No sucede lo mismo con la punción de la vejiga por el recto, que es una operación en la que se obra ciegamente, y expone á la formación una fístula urinaria vésico-rectal, que es muy grave. Nuestros cirujanos modernos nunca la practican.

De la inocencia casi absoluta de la punción hipogástrica,

resulta que esta sencilla operación puede repetirse varias veces en el mismo enfermo.

Hemos visto que á la depleción de la vejiga sigue casi inmediatamente la descongestión pélvica, de modo que en algunas ocasiones se aprovecha este momento para pasar la sonda por la uretra y dejarla allí á permanencia; pero no siempre se obtiene este feliz resultado, en cuyo caso se ha propuesto abrir la vejiga para practicar el cateterismo retrógrado. La operación de Rohmer es en general fácil de ejecutar, pero el enfermo no soporta la sonda.

La idea de la formación de una fístula vesical por el hipogastro es debida á Thompson, quien la puso en práctica por la primera vez de la manera que sigue: Hizo construir un cateter de grande y brusca curvatura, cuyo pico viene á aplicarse por detrás del pubis, después de introducido en la vejiga. La extremidad del aparato se obtura momentaneamente con un estilete blando, después se practica arriba del pubis una pequeña incisión que interesa todos los tejidos hasta la linea blanca; se busca con el dedo el bordo superior de la sínfisis púbica, se reconoce la extremidad del cateter detrás de la pared vesical, y se corta la vejiga justamente en la extensión necesaria para que pase el instrumento. Por un movimiento de báscula, sale éste al exterior y se introduce entonces en la sonda después de sacado el estilete, un tubo de caucho que se mete en la vejiga y se deja allí á permanencia.

Los numerosos resultados de esta operación hicieron que tuviera sus adictos, que en las manos de Dittel, Leisrick, Mac Leos, Harrison y otros no fueron menores. El perfeccionamiento de este procedimiento operatorio se fué realizando poco á poco, y en nuestros días, casi todos los cirujanos hacen el corte de la vejiga en estos enfermos por el procedimiento de Poncet. Por otra parte, el empleo de los métodos antisépticos ponen más seguramente al abrigo de la infección. Para hacer esta operación se coloca en el recto el globo de Petersen, que se llena de agua con el objeto de levantar la vejiga hacia la pared abdominal Se inyecta en la vejiga, después de evacuada la orina, una solución tibia de ácido bórico al 4 p%. La cantidad de líquido inyectada es generalmente de 250 gramos; pero según Bazy con 80 ó 100 gramos son suficientes. Algunos autores

aconsejan ligar el pene sobre la sonda que ha servido para poner la inyección; pero generalmente basta obturar con un tapón la extremidad de la sonda, para impedir el reflujo del líquido inyectado. Después de haber hecho el lavado antiséptico de la región, se hace en la pared anterior d·l abdomen una incisión longitudinal de 3 á 6 centímetros de extensión sobre la línea media, inmediatamente encima del pubis y dirigida hacia arriba. Esta incisión interesa la piel y el tejido celular subcutáneo hasta la linea blanca; se corta un poco afuera de esta línea la aponeurosis, que envuelve al músculo recto anterior del abdomen en la misma extensión que la piel; se procede en seguida á pequeños cortes con el bísturi para no herir el peritoneo hasta llegar sobre la vejiga, y se levantan raspando con la uña los delgados tractus celulosos que existen en la cara anterior de este órgano, hasta dejarla completamente á descubierto. Se fija con dos hilos de seda el globo vesical y se corta sobre cierta extensión, procurando que sea lo más bajo posible. En seguida se suturan los labios de la herida vesical á los bordes de la incisión abdominal, y se coloca dentro de la vejiga una sonda que se deja á permanencia. En los casos en que sea imposible pasar la sonda por la uretra, basta levantar la vejiga con el globo de Petersen, y se procede en seguida á la operación, como lo hemos indicado precedentemente.

El tiempo que deben conservar estos enfermos su meato hipogástrico es variable, y depende del restablecimiento más ó menos pronto de la micción por la uretra. Ha habido enfeımos, dice Poncet, que llevaron su meato contra natura durante toda su vida.

La colocación de la sonda tiene por objeto impedir al principio la infiltración de orina, y después el que se cierre la fístula. En el caso de fístula permanente, el meato hipogástrico funciona rara vez como un esfínter; más para asegurar el escurrimiento de la orina, no es necesario que la sonda penetre profundamente en la vejiga, pues basta colocarla de modo que su extremidad quede al nivel del orificio interno de la fístula; para esto se hace uso de una sonda de caucho con una bola terminal, semejante á la de Pezzer, que por un mecanismo especial se fija á la vejiga.

Las indicaciones de esta operación son tres, según Des-

nos, á saber: cuando el cateterismo es imposible, insuficiente ó peligoso. La imposibilidad resulta, como lo hemos visto, de los obstáculos materiales permanentes ó de congestiones pasajeras. Se dice que el cateterismo es insuficiente cuando no trae al enfermo mas que un alivio incompleto, cuando por la cantidad ó la calidad de las mucosidades ó la sangre impiden el libre escurrimiento de la orina; y por último, cuando existe un estado doloroso ó una cistitis que no cede sino hasta que se abre la vejiga ampliamente. Los peligros del cateterismo puede provenir de la uretra, si existen hemorragias repetidas, y un estado doloroso é inflamatorio; pero principalmente cuando la retención de orina se acompaña de la distención é infección vesicales; en semejante caso los riñones participan siempre á la infección, y los primeros cateterismos son seguidos de accidentes formidables.

Los resultados de esta operación, entre las manos de su autor, han sido excelentes; sin embargo, el éxito obtenido depende de las circunstancias en que se halla el enfermo en el momento de ser operado. Esta conclusión se deduce de la comunicación hecha por Poncet á la sociedad de Cirujía de París el año de 1894. En esta comunicación da cuenta del resultado tardío de su operación practicada en 63 prostáticos, y para eso reune á estos enfermos en dos grupos; en el primero comprende los prostáticos asépticos, atacados solamente de retención de orina; y en el segundo, los prostáticos infestados.

Bien sensibles son las diferencias de los resultados operativos en estos enfermos, pues en tanto que en los del primer grupo sobre 21 operados obtuvo 21 curaciones, habiéndose en 11 mantenido ésta en un intervalo de tiempo comprendido entre 6 meses y 4½ años, en los del segundo grupo el éxito no fué tan completo. Con efecto, estos últimos fueron 42, y los considera Poncet en 3 clases, según que presentaban los accidentes de la septisemia sobre,-aguda, aguda ó crónica. De los primeros, ninguno sobrevivió y todos murieron á los dos ó tres días de operados; en 12 enfermos con septisemia aguda, 4 murieron en la primera semana y los otros tuvieron una sobrevida de 6½ meses á 2½ años; en 24 con septisemia crónica, 7 murieron en los ocho primeros días, 10 vivieron menos de un año y los

otros 7 disfrutaron de buena salud, después de 1½ á 3 años de operados.

Es indudable que esta operación no debe ejecutarse en todo prostático, solamente por el hecho que está atacado de retención de orina y antes de haber recurrido á los otros medios que hemos indicado, pues la operación de Poncet no es tan sencilla y sobre todo condena al enfermo en la generalidad de los casos á llevar un meato urinario contra natura que no posee esfínter, y que, por lo mismo, puede ser la causa de varios accidentes más ó menos penosos y desde luego la incontinencia de orina que es una complicación seria. En nuestros hospitales muy pocas veces se ha ejecutado esta operación; así pues, adolecemos de la práctica necesaria para poder emitir un juicio razonado sobre esta cuestión. Sin embargo, fundándonos sobre lo que nos dicen los autores extranjeros que tienen una gran experiencia, podemos asegurar que la operación de Poncet es excelente, desde el punto de vista del resultado inmediato, puesto que por ella se arranca al enfermo de las garras de la muerte; pero á la larga, si es cierto que trae el alivio de este padecimiento, lo hace dejando al enfermo sometido en una infermedad molesta y de complicaciones dolorosas. Un hecho de este género me fué dable observar en un prostático, á quien el Dr. Ramón Macías operó siguiendo el procedimiento de Poncet, en el mes de Diciembre del año pasado. Este enfermo llegó al hospital de San Andrés con los síntomas de retención incompleta, y se le hizo el cateterismo uretral, dejándole una sonda á permanencia; pero como el cateterismo era insuficiente, pues no procuró al enfermo más que un alivio muy ligero, se procedió á practicar en él la cistotomía supra-pública. Los fenómenos urinarios se corrijieron notablemente; pero como la orina le salía constantemente de la fístula hipogástrica y escurría sobre los tegumentos, le sobrevino un eritema de la piel excesivamente doloroso. Por fortuna para el enfermo, se restableció la micción normal por la uretra, y se le dejó cicatrizar la fístula urinaria á los 4 meses de operado.

No en todos los enfermos operados así se restablece la micción normal por las vías naturales. En la comunicación de Poncet, sobre las consideraciones que hace desde el punto de vista funcional de sus operados, se encuentra que 12

veces solamente la sistotomía fué temporal por restablecimiento de la micción por la uretra; todos los demás que sobrevivieron orinaban por su meato hipogástrico. En 22 enfermos á los 6 meses de operados, 7 orinaban á voluntad, por la fístula eran perfectamente continentes, 3 tenian continencia parcial en el decúbito horizontal, por ejemplo, y 12 eran incontinentes de un modo completo.

Además de estos diferentes medios que hemos descrito brevemente, hay otros que se designan con el nombre de tratamiento de radical, y por medio de los cuales se propone el cirujano destruir ó disminuir los obstáculos que se situaron en el cuello de la vejiga, para de este modo restablecer las funciones de este órgano.

Conforme con las alteraciones anatómicas de este padecimiento, no en todos los casos será posible obtener un resultado semejante, puesto que, como lo hemos dicho, las lesiones esclerosas que le constituyen son difusas, es decir, que se extienden á todo el aparato urinario. Así pues, antes de poner en práctica alguno de estos procedimientos, es preciso reconocer el grado de potencia de la vejiga, así como la disposición y el volumen de los obstáculos. Una de sus indicaciones principales, es cuando haya desarrollo rápido de la próstata, contrastando con la integridad del músculo vesical, lo que permite conservar por más tiempo las funciones de éste y además que las disposiciones del cuello permitan quitar el obstáculo. Para Guyon la indicación principal resulta de la absoluta imposibilidad de practicar el cateterismo.

En este caso el cirujano modifica el cuello, no con el objeto de que se verifique la micción normal, sino para poder practicar el cateterismo.

Los medios seguidos para obtener la atrofía de la próstata se pueden agrupar en 3 categorías, que son: 1ª, medios destinados á producir la diminución de volumen de toda la glándula; 2ª, maniobras que tienen por objeto modificar la disposición del cuello de la vejiga; 3ª, incisión ó excisión de las partes de la glándula que impiden el paso de ia orina.

Primer grupo.—Comprende este grupo medios de orden médico y de orden quirúrgico.

Entre los primeros, se encuentra el empleo de la ergotina en inyecciones hipodérmicas, usado desde hace mucho

tiempo; y el de los compuestos iodurados, con los cuales solamente se han obtenido muy pocos éxitos.

El procedimiento de Rütte, que consiste en hacer el masaje de la próstata por el recto.

El procedimiento de Heine, justamente abandonado hoy por peligroso. Consiste en inyectar en el espesor de la próstata por el recto con una jeringa de Pravaz. 12 á 20 gotas de una solución de tintura de iodo al cuarto. Con este procedimiento se ha producido en muchos casos la muerte del enfermo; en otros, el desarrollo de una inflamación intensa de la próstata y de la vejiga. Según su autor, la glándula disminuye de volumen y se restablece la micción.

La electricidad utilizada bajo la forma de corrientes contínuas. En este caso se aprovecha la propiedad electro-química llamada electrolisis. Se aplica la corriente eléctrica del modo que sigue: se introduce por el recto un cilindro cubierto de tela humedecida y puesto en comunicación con el polo negativo de una pila; el electrodo positivo se coloca en la uretra ó mejor en el perineo, pues Cheron ha notado que el cateterismo provaca una viva irrotación uretral. La acción atrofiante es tanto más notable, cuanto que la corriente es aplicada en una época menos avanzada de este padecimiento. Se puede hacer uso de la elctro-puntura de la próstata, en cuyo caso se introduce en el espesor de esta glándula por el recto una aguja untada de un varniz hasta cierta distancia de la extremidad, para que de este modo no se comunique la corriente hasta la mucosa rectal, y en relación con el polo negativo, el electrodo positivo se coloca sobre el hipogastrio. Se deja pasar durante diez minutos una corriente de 2 á 12 miliamperes. Casper ha obtenido de este modo la diminución del volumen de la próstata. No es, sin embargo, aplicable en todos los casos de hipertrofia, pues este mismo autor ha encontrado á este procedimiento las siguientes contraindicaciones: el aumento muy considerable de la glándula, la dilatación de la vejiga y la hipertrofia del lóbulo medio.

En fin, últimamente se ha propuesto como medio quirúrgico la castración para obtener la atrofía de la próstata. Ram y Launois (de París), son los cirujanos que han ideado este método curativo de la disuria de los viejos. Este procedimiento se funda en las íntimas relaciones que tiene

entre sí la próstata y los testículos, pues estos autores han observado que todos los padecimientos de los testículos repercuten sobre la próstata. A pesar de los buenos resultados obtenidos por este procedimiento, yo creo que será el aplicado solamente en los casos extremos, pues bien sabido es la influencia fatal que ejerce sobre el estado moral del individuo una operación de este género.

Segundo grupo.—Las maniobras, seguidas con el objeto de modificar el cuello de la vejiga, tiene por principal mira dilatar á este. Miquel propuso para conseguir este resultado, introducir en la vejiga, por medio de una sonda grueza, pequeñas balas de plomo, atadas á un hilo. Estas balitas eran introducidas separadamente, y una vez que había pasado cierto número de ellas, reunía los hilos exteriores, y ejercía tracciones sobre ellas. La presión de las balas producía una depresión infundi-buliforme del cuello. Citaremos solamente como recuerdo histórico, la sonda de aire ó de agua de Physick, que no difiere de la sonda común, sino porque lleva en su extremidad un pequeño saco de baudruche, que se dilata tan luego como se ha colocado al nivel del cuello, por la inyección de aire ó de agua en su interior. Otros autores han ideado numerosos aparatos para el mismo objeto; por ejemplo, el depresor de Mercier, que lleva dos ramas que se abren en la vejiga; la sonda de Leroy de Etiolles, que lleva muchos tallos flexibles que se separan al derredor de un tallo metálico central, cuando se da vuelta á un tornillo. Pero todos estos aparatos más ó menos ingeniosos, no se usan hoy, lo que se comprende, puesto que siendo difícil calcular con ellos el grado de resistencia de los tejidos, fácilmente se podría producir una ruptura á este nivel. El único medio de este género que se puede emplear sin ningún temor, y que á Tillaux le ha dado muy buenos resultados, consiste en el masaje del cuello, que se practica pasando sucesivamente en el canal uretral la série de los números Beniqué, sin temor de llegar hasta el último, que mide un centímetro de diámetro. Por este procedimiento se ha logrado en muchos casos, reducir á cierto grado el lóbulo medio de la próstata.

Tercer grupo.—La destrucción de las válvulas prostáticas se ha obtenido por diversos procedimientos. Se ha

propuesto la cauterización, y para eso se ha hecho uso del porta-cáustico de Le Dentu, con nitrato de plata; pero se reconoció que este medio no satisfacía todo su objeto, pues la acción de éste es muy limitada, y entonces se recurrió á los procedimientos sangrantes. Aunque Gutris propuso la incisión de la barra prostática. Mercier divulgó el método y dió á conocer los instrumentos para practicar esta operación. El secador de Mecier tiene la forma de una sonda acodada, que lleva en el espesor del tallo cerca del ángulo de la curvatura una lámina cortante, que se puede hacer salir á voluntad á 2, 4 y hasta 6 milímetros, sin que su punta se desprenda del espesor del pico. Su modo de obrar se comprende fácilmente. Para obtener el resultado que se busca, es preciso que la válvula prostática tenga cierto grado de resistencia. Habiéndose juzgado que estas incisiones no eran suficientes, se propuso la estirpación de una parte de la glándula. Mercier inventó entonces su excisor, que está dispuesto como un litotritor de cuchara de borde cortante. Entre las garras de éste desliza una aguja en forma de anzuelo, la cual pinchada en la barra prostática retiene á esta y permite el juego del instrumento sobre ella. Esta operación provoca una hemorragia considerable, que puede ser de gran consecuencia algunas veces, por cuya razón después de operado el enfermo se le hace mear para calcular la importancia de la hemorragia producida y contenerla en caso necesario por medios adecuados. Antes de proceder á estas operaciones se extrae la orina de la vejiga y se inyecta una solución antiséptica.

Contra los tumores pediculados se propuso desde hace mucho tiempo, la extirpación por medio de la ligadura. Se hizo uso en un principio de aprieta-nudos que se introducían hasta la vejiga y que una vez llegados hasta allí por un mecanismo especial, se desarrolla una cadena que abarca al tumor. Pero estos procedimientos intrauretrales son ciegos y no dan ningún resultado; por otra parte, exponen á serias hemorragias y á la piohemia.

Por lo tanto, fueron abandonados por completo. Algún tiempo después Bottini primero y en seguida Newmann, emprendieron de nuevo el mismo procedimiento, pero modificado, pues sustituyeron la lámina por una armadura galvánica. Así pues, con el prostatomo de Bottini se obtie-

ne la extirpación parcial de la próstata por medio de la cauterización eléctrica, que si bien es cierto que previene la hemorragia, no por eso deja de obrar ciegamente.

Actualmente los progresos de la antisepsia ponen seguramente al abrigo de una infección; el cirujano que no teme más estos peligros graves, abre la vejiga, y por ahí, tendiendo una brecha suficientemente amplia, ve la extensión de los obstáculos por las lesiones de la glándula prostática, y procede á la extirpación parcial ó total de ésta, según lo juzgue conveniente, pero siempre viendo lo que hace. Estas operaciones llevan en la ciencia los nombres de prostactetomias, parcial en el primer caso y total en el segundo.

CONCLUSIONES.

1ª Los accidentes urinarios de los viejos, resultan de una esclerósis del aparato urinario.

2ª La hipertrofia de la próstata es el resultado de esta degeneración.

3ª Esta lesión de la próstata puede ser la causa de los accidentes urinarios, por las deformaciones que produce en el cuello de la vejiga que aumentan los obstáculos á la micción normal.

4ª La única causa de esta esclerosis es la vejez.

5ª Los accidentes más terribles resultan de la retención de orina.

6ª La complicación más frecuente es la cistitis crónica.

7ª Durante el primer periodo, debe someterse el enfermo, sobre todo, á los preceptos higiénicos.

8ª La retención de orina debe combatirse inmediatamente por el cateterismo.

9ª Si el cateterismo es imposible, peligroso ó insuficiente, se recurrirá á la punción hipogástrica para prevenir los accidentes del momento; y para asegurar las micciones siguientes, se hará la operación de Poncet...

10ª Esta operación puede traer complicaciones graves.

11ª Entre los procedimientos empleados para obtener la curación radical, se coloca en primer lugar las corrientes eléctricas y en segundo la prostatectomía.

Antes de terminar este desaliñado é incorrecto trabajo, creo un deber hacer pública mi imperecedera gratitud al Sr. Dr. Regino González, por los inteligentes consejos con que me ilustró.

SEÑORES JURADOS:

Tengo la seguridad de que nada nuevo habeis encontrado en este trabajo que modestamente someto á vuestro ilustrado juicio. Reconozco vuestra sabiduría, y por lo mismo, espero que sereis indulgentes.

Julio de 1895.

Ricardo Valle.

